

**PEŁNOMOCNICTWO
do wyrażenia zgody na świadczenie medyczne**

Ja niżej podpisany
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna) (PESEL rodzica / opiekuna)

udzielam legitymującemu/ej się dokumentem tożsamości
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

..... pełnomocnictwa do wyrażenia zgody na pobranie materiału
(seria i numer dok. tożsamości.)

biologicznego mojemu dziecku / podopiecznemu:
(imię i nazwisko pacjenta)

..... w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym Centrum Zdrowia
(PESEL pacjenta)

SALUS w Słupsku.

Słupsk, dnia
.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego

**PEŁNOMOCNICTWO
do wyrażenia zgody na świadczenie medyczne**

Ja niżej podpisany
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna) (PESEL rodzica / opiekuna)

udzielam legitymującemu/ej się dokumentem tożsamości
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

..... pełnomocnictwa do wyrażenia zgody na pobranie materiału
(seria i numer dok. tożsamości.)

biologicznego mojemu dziecku / podopiecznemu:
(imię i nazwisko pacjenta)

..... w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym Centrum Zdrowia
(PESEL pacjenta)

SALUS w Słupsku.

Słupsk, dnia
.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego